

ANNÉE 1905

THÈSE

N°

64

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 30 novembre 1905 à 1 heure

PAR

ANDRÉ BREAU

Ancien interne des Hôpitaux d'Angers
Lauréat de l'Ecole de médecine et des Hospices d'Angers

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS

A QUEL MOMENT DOIT-ON FAIRE L'OPÉRATION CÉSARIENNE ?

Président. . . . M. BUDIN, professeur.

Juges . . . { MM. BAR, agrégé.
DEMELIN, agrégé.
BRINDEAU, agrégé.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

G. JACQUES, ÉDITEUR

14, RUE HAUTEFEUILLE, 14

1905

A MES MAÎTRES
*DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE L'HOTEL-DIEU
D'ANGERS*

AVEC L'EXPRESSION DE MA SINCÈRE RECONNAISSANCE
POUR LEUR ENSEIGNEMENT DÉVOUÉ, LEURS EXCELLENTS CONSEILS
ET LEUR BIENVEILLANTE SYMPATHIE

A MES PROFESSEURS
DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Membre de l'Académie de Médecine. Officier de la Légion d'honneur.

AVANT-PROPOS

Pendant le cours de notre internat à la maternité d'Angers notre attention a été maintes fois attirée sur les difficultés du pronostic à tirer de l'état du bassin pour l'issue de l'accouchement. Et à chaque cas M. Boquel a insisté devant nous sur la nécessité, pour parer aux accidents possibles, d'avoir à sa disposition une méthode chirurgicale capable de donner des résultats sérieux tant pour la mère que pour l'enfant, alors bien même que cette intervention était entreprise au cours d'un travail avancé. Il nous a même montré l'utilité de pouvoir le faire après des tentatives d'extraction par diverses manœuvres, d'urgence pour ainsi dire. Une telle intervention est réalisée pour tous uniquement par la symphyséotomie, dont les inconvénients cependant paraissent tels à certains qu'ils préfèrent encore l'embryotomie.

Partisan de l'opération césarienne, il l'a employée dans divers cas, alors que ces conditions étaient réalisées, et il enseigne que, aussi bien et même mieux que la symphyséotomie, avec des dangers moindres pour l'enfant, évidemment avec des avantages incontestables pour la mère, l'opération césarienne peut être faite au cours du travail, et que, par suite, s'il est inutile de différer, s'il est avantageux d'opérer au début du travail quand du fait de l'extrême viciation l'opération s'impose *a priori*, il est au contraire avantageux d'attendre dans les cas intermédiaires, les cas limites.

Il y a donc deux moments convenables pour intervenir par

l'opération césarienne dans les cas de dystocie pelvienne, quand le volume du fœtus ne s'accommode pas aux dimensions du bassin :

Au début, quand il s'agit de rétrécissement infranchissable ou d'opération récidivée ; — au cours du travail, au contraire dans la grande majorité des cas.

Il a bien voulu nous encourager à défendre cette idée dans notre thèse, mettant à profit un certain nombre d'observations que personnellement nous avons recueillies dans son service. Après avoir fait une revue des moyens employés pour combattre la dystocie pelvienne, justifiés par les considérations anatomiques et cliniques bien connues, après avoir montré combien le pronostic est difficile, en ajoutant aux faits connus quelques observations qui nous sont personnelles, nous nous efforcerons de montrer par les observations que la césarienne est parfaitement capable de succès au cours du travail ; que ces indications ressortent de la marche même de l'accouchement et en particulier de la manière dont tend à s'accomplir l'engagement et que, si celle-ci a les inconvénients de toutes les interventions chirurgicales, elle est parfaitement légitimée, vu les résultats obtenus, par la considération si importante de la vie de l'enfant.

Mais avant d'entreprendre cette étude, qu'il nous soit permis d'adresser à M. le professeur Boquel nos respectueux remerciements et l'expression de notre sincère reconnaissance pour la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée, tant dans le cours de nos études médicales que pendant notre internat à la Maternité.

M. le professeur Budin nous a fait le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse, qu'il veuille bien agréer nos sentiments de profonde gratitude.

CHAPITRE PREMIER

LE PRONOSTIC DE L'ACCOUCHEMENT DANS LES BASSINS RÉTRÉCIS

Nous rappellerons dans ce premier chapitre les moyens dont on dispose pour établir le pronostic de l'accouchement. Étant donné que l'enfant doit traverser la filière pelvienne, il faut, pour établir ce pronostic, connaître leurs dimensions relatives. Nous occupant ici exclusivement des rétrécissements du détroit supérieur, nous n'envisagerons au point de vue des mensurations du bassin que celles relatives au passage du fœtus par ce détroit. Puis nous parlerons des mensurations de la tête fœtale, la partie la plus volumineuse du fœtus, qui, si elle s'engage, assure le passage des autres parties du corps.

On sait que, dans les rétrécissements du bassin, les diamètres obliques ne sont en général, dans le cas de bassin rachitique, jamais assez diminués pour empêcher le passage de la tête, le diamètre d'une tête fléchie, le sous-occipito-bregmatique, ou défléchie, le sous-mento bregmatique, mesurant tous deux 9 cm. $1/2$. La déformation dont il importe de tenir compte est l'aplatissement du bassin d'avant en arrière, c'est-à-dire la réduction du diamètre promonto-pubien minimum. Or ce diamètre est fort difficile à mesurer exactement dans la pratique. Par le toucher, on peut arriver avec le doigt sur le promontoire ; mais on ne mesure ainsi que le promonto-sous-pubien. Or, comme l'a démontré Farabeuf, il est impossible d'après cette mensuration de savoir exactement quelle distance sépare la symphyse du promontoire. En effet, cette différence est d'autant

plus grande que le promontoire est plus haut situé par rapport à la symphyse, que la hauteur de celle-ci est plus grande, ou que son inclinaison est plus marquée ; de telle sorte que pour un PSP invariable, on peut trouver, suivant les bassins, une variation de plus de 3 cm. On arrive, il est vrai, à une appréciation plus exacte en employant la sonde-équerre vésicale ; celle-ci, introduite dans la vessie, permet de retrancher du PSP à peu près la quantité voulue. Farabeuf n'a jamais eu avec ce procédé plus de 3 mm. d'écart. Mais dans la pratique ce procédé n'est guère applicable. Il nécessite l'emploi d'un instrument qu'on n'a pas toujours sous la main. Il ne peut se faire qu'après une anesthésie générale, chloroformique ou autre. Enfin il faut pour l'employer une certaine habitude.

Le diamètre PPM n'est d'ailleurs, si important qu'il soit à connaître, pas le seul utile. Un rôle non moins important est joué par la concavité sacrée. « Pour que l'engagement se fasse dans un bassin rétréci :

1° Il faut que le diamètre promonto-pubien égale le diamètre temporo-pariétal du fœtus, réduit au minimum inoffensif ;

2° Il faut que le diamètre mi-sacro-pubien égale le diamètre bi-pariétal. » (Farabeuf, *Gaz. hebdom. de méd. et chir.*, 9 juin 1894).

En effet, au moment où la bosse pariétale antérieure passe au devant du pubis, la postérieure, déjà au-dessous du promontoire, est repoussée de plus en plus en arrière. Si le sacrum est aplati, si le mi-sacro-pubien est égal au promonto-pubien minimum, la partie postérieure de la tête ne pouvant se loger dans la concavité sacrée l'engagement ne pourra se terminer. Au contraire du diamètre précédent qu'on ne pouvait connaître, celui-ci se mesure très simplement par le toucher.

Nous voyons donc que, des deux diamètres qui sont importants à connaître pour le pronostic, un seul peut-être mesuré exactement ; l'autre ne l'est que d'une façon trop approximative pour nous donner une opinion absolument certaine dans les cas limites c'est-à-dire dans ceux où il serait le plus utile d'en avoir une.

Voyons maintenant si les diamètres de la tête fœtale peuvent être mieux mesurés. Il n'en est en réalité qu'un seul qu'il importe de connaître : c'est celui qui est en rapport avec les deux diamètres maternels envisagés tout à l'heure, c'est-à-dire le diamètre bi-pariétal.

Pour mesurer ce diamètre deux méthodes sont en présence :

La mensuration externe, soit par l'emploi des céphalomètres et notamment le céphalomètre de Perret, soit par la méthode du palper mensurateur.

La mensuration interne, la méthode du levier préhenseur-mensurateur de Farabeuf.

En fait l'emploi du céphalomètre, si perfectionné que soit celui de Perret, oblige à faire des déductions plus ou moins exactes, et, au moins dans la pratique courante, le palper mensurateur est-il la seule méthode applicable. Il consiste à fixer par le palper la tête au-dessus du détroit supérieur, en la repoussant vers le promontoire et à mesurer de combien elle dépasse la symphyse. Cette mensuration, faite à travers des parties molles d'épaisseur variable, ne peut donner que des résultats très approximatifs. Quant à la seconde, elle nécessite un instrument spécial et une manœuvre assez compliquée, ne pouvant s'effectuer qu'après la rupture de la poche des eaux. Elle est en somme passible des mêmes reproches que la sonde équerre dans les mensurations du bassin et à un plus haut degré. De plus, quand même on pourrait mesurer exactement la tête fœtale, il resterait toujours à tenir compte des réductions des parties molles ou des chevauchements osseux.

En résumé, pour le fœtus comme pour le bassin, il est impossible d'avoir des données exactes et si, dans les cas de rétrécissement très marqué, on peut affirmer que l'accouchement n'aura pas lieu spontanément, dans les autres on n'est sûr de son impossibilité qu'au moment même du travail.

CHAPITRE II

LES OPÉRATIONS PUREMENT OBSTÉTRICALES

(Accouchement provoqué, forceps, version)

Ce que nous venons de voir montre combien il est difficile d'établir la conduite à suivre lorsqu'on est consulté au cours de la grossesse. Devra-t-on chez une femme dont le bassin est peu rétréci, provoquer l'accouchement et à quelle époque devra-t-on le faire ? Devra-t-on attendre le terme pour intervenir par le forceps ou la version ? Envisageons successivement ces trois méthodes purement obstétricales.

1° L'ACCOUCHEMENT PROVOQUÉ. — « Au point de vue de l'accouchement provoqué, on admet que le diamètre bi-pariétal offre à peu près en longueur autant de centimètres ou de fractions de centimètre que la grossesse, depuis son début, compte de mois ou de fractions de mois, et que, par conséquent, il mesure approximativement, à 8 mois 8 cm., à 7 mois $1\frac{1}{2}$ 7 cm. $1\frac{1}{2}$, etc... ». Mais ces chiffres ne sont que des moyennes, insuffisantes pour avoir une certitude :

Il faut, en matière d'accouchement provoqué résoudre trois problèmes, c'est-à-dire déterminer avec précision :

- 1° Le degré du rétrécissement ;
- 2° L'âge de la grossesse ;
- 3° Le volume de la tête fœtale.

Le premier et le troisième point ont été étudiés dans le précédent chapitre, et nous avons vu que la précision était loin d'être

atteinte. L'âge de la grossesse est la plupart du temps mal connu, si l'on s'en rapporte aux renseignements donnés par la femme. Par le palper et la mensuration, on peut arriver à une approximation plus grande, mais jamais absolue.

Avec ces données trop aléatoires, on ne pourra savoir à l'avance quel sera le résultat d'un accouchement provoqué. Il est certain que, pour la mère, c'est une intervention excellente, la plus bénigne de toutes. Mais il n'en est pas de même pour l'enfant. « Si l'on prend en bloc, d'après les statistiques des accoucheurs français les plus qualifiés, Pinard, Bar, Tarnier, pour ne citer que ceux-là, la mortalité infantile du fait de l'accouchement provoqué, on voit qu'elle est considérable ; elle oscille aux environs de 30 0/0, que l'enfant meure immédiatement ou dans les jours qui suivent la naissance, et il se trouve que cette opération, entreprise dans le but de sauver l'enfant, manque totalement son but ». Cette mortalité élevée tient à deux causes :

La première, c'est que dans un certain nombre de cas, l'accouchement est provoqué dans des bassins dont le rétrécissement est assez marqué. Si l'on s'en rapporte aux moyennes énumérées plus haut, on devra dans ces cas intervenir à une époque de la grossesse encore éloignée du terme et l'enfant sera insuffisamment développé pour vivre de la vie extra-utérine. « Sans doute des enfants, même de 6 mois, incapables de téter, ont pu, grâce à la couveuse et au gavage, être élevés et devenir plus tard des enfants sains et vigoureux ; mais il faut bien reconnaître qu'il s'agit là d'une exception, que, au-dessous de 8 mois, partant, d'après le tableau cité précédemment, dans les bassins inférieurs à 80 mm., les enfants, malgré que soient parfaites les conditions de milieu si difficiles à réaliser, meurent de faiblesse congénitale ».

La deuxième cause de mortalité provient au contraire de ce qu'on a trop attendu pour intervenir, et qu'on se trouve aux prises avec toutes les difficultés qu'on aurait eues à termes. Ce sont la lenteur du travail, les chances de procidence du cordon ou d'un membre, de rupture prématurée des membranes, de pré-

sensation vicieuse. Dans ces cas, si l'on parvient à extraire l'enfant vivant, il n'en reste pas moins atteint de débilité congénitale et meurt au bout de quelque temps.

Enfin, si dans les rétrécissements peu marqués, le pronostic pour l'enfant est excellent, l'accouchement provoqué n'était peut-être pas nécessaire.

Pour résumer la question, nous ne croyons pouvoir mieux faire que citer les paroles de Farabeuf : « On peut provoquer l'accouchement 15 jours trop tôt, et l'enfant vient débile ; ou bien 15 jours trop tard, et la tête est grosse et dure, d'où recours au néfaste forceps. Au reste, il est certain que par peur, par prudence, on a fait beaucoup d'accouchements prématurés qui se seraient heureusement terminés à terme ». Il résulte de l'étude précédente que l'accouchement prématuré n'est applicable dans les cas de bassin rétréci que dans les limites extrêmement restreintes, si restreintes même que certains auteurs, Pinard entre autres, les rejettent absolument. Pour M. Bar, il ne doit être employé que dans les rétrécissements compris entre 81 et 90 mm. et même entre 86 et 90 mm., par conséquent lorsque la grossesse est arrivée aux environs de 8 mois $1\frac{1}{2}$. Encore conclut-il ainsi : « Moins le bassin est rétréci, plus les chances d'accouchement spontané à terme sont grandes : vous ne devrez donc provoquer l'accouchement que dans les cas où l'expectation aurait pour cause une disproportion entre le volume de l'enfant et la capacité du bassin. C'est la clinique qui, seule, peut vous apprendre à agir au moment opportun ».

2° LE FORCEPS. — Il est impossible de placer celui-ci longitudinalement par rapport à la tête fœtale, une cuillère sur le front, l'autre sur l'occiput. Or pour le placer convenablement sur la tête, il faudra, relativement à la mère, faire une prise antéro-postérieure ou légèrement oblique. Dans ces conditions, la branche postérieure, passant comme un pont du promontoire au coccyx, supprime la concavité sacrée. De plus, cette branche postérieure est absolument fixée ; l'antérieure l'est de même par la symphyse et le périnée. Il est donc impossible de varier leur inclinaison et par suite de tirer dans l'axe.

« Donc le forceps aggrave les rétrécissements : il en produit lorsqu'il n'en existe pas ». (Farabeuf). En second lieu, le forceps introduit dans l'anneau osseux du bassin comme un porte-crayon dans sa virole, suivant l'expression de Pajot « représente un coin très allongé que l'on tire à travers un anneau inextensible ». Pour Farabeuf, la pression sur la tête peut dépasser 300 kgr.

Le résultat de cette manœuvre sera donc, ou bien d'écraser la tête, ou bien si celle-ci résiste, de faire éclater la symphyse et de déchirer les parties molle. Enfin le forceps peut empêcher la flexion de la tête, ce qui fait que non seulement le diamètre antéro-postérieur est trop petit, mais aussi le diamètre oblique. Il est vrai que ce dernier inconvénient à l'encontre des deux autres, peut être évité et même assez facilement par une application préalable du forceps en arrière du point d'élection.

Il ne faut pas méconnaître toutefois que malgré ces considérations théoriques, il peut arriver que, consécutivement à une application de forceps au détroit supérieur, les enfants naissent vivants et très vivants. Dans ses leçons M. Boquel attire notre attention sur deux explications possibles.

Dans un premier ordre de faits il s'agit sans nul doute de tête petite, peu ossifiée, très réductible, de rétrécissement insignifiant.

Dans un second ordre de faits, qu'il a reproduit maintes fois sur le mannequin devant nous et qu'il a vu se produire en ville plusieurs fois, il s'agit d'une application de forceps heureuse, mais théoriquement vicieuse.

La tête étant très inclinée, le forceps est introduit (dans le cas supposé d'occipito-iliaque gauche) branche gauche à gauche, aussi loin que possible, la pénétration ne s'arrêtant que lorsque le pivot arrive à la fourchette vulvaire, puis celle-ci étant maintenue par l'aide, la droite est introduite haut, très haut de telle sorte que l'encoche pénètre, disparaît dans le vagin, en tout cas est, une fois introduite, beaucoup plus haut située que le pivot de la branche gauche. « De telle sorte que, pour l'articulation des deux branches, il faut non seulement que la branche droite soit retirée, mais encore que, telle qu'elle est, pendante,

elle soit rapprochée de sa congénère, c'est-à-dire relevée. Ce relèvement fait de la branche antérieure un véritable levier à point d'appui rétro-pubien.

De deux choses l'une, ou bien la branche gauche sera parfaitement maintenue par l'aide et l'articulation se fera, soit au niveau du détroit supérieur, au prix de désordres dans la prise qui ne sera plus correcte tant s'en faut, et de lésions de la tête fœtale, qui se trouvera compromise du fait de la pression énergique qui va s'exercer sur elle, soit au-dessus du détroit supérieur, la tête remontant tout entière dans le grand bassin et, le mécanisme normal de l'engagement étant alors détruit, il n'y aura plus qu'une traction brutale exercée sur une tête non adaptée à travers un orifice rétréci plus encore qu'il ne devrait l'être ; — ou bien la branche gauche sera mal maintenue, j'entends insuffisamment, ce qui, j'en suis convaincu, est très fréquent dans la pratique où, d'après ce que j'ai vu le plus souvent, elle n'est pas maintenue du tout. Alors la scène va changer. La branche gauche glisse pendant que la branche droite, faisant levier, redresse l'inclinaison de la tête, qu'elle refoule dans la concavité sacrée que ne ferme plus la branche gauche glissée. Une manœuvre presque involontaire a réalisé l'engagement. Maintenant la branche gauche se rapproche toute seule de la branche droite qu'on lui amène. Ce n'est plus une articulation du forceps au détroit supérieur, c'est une application du forceps dans l'excavation, l'engagement une fois réalisé, les deux bosses pariétales descendues dans l'excavation.

C'est alors, dans de telles conditions, que naturellement le succès est grand. L'enfant a beaucoup de chances de ne pas souffrir, surtout si la tête n'est pas trop grosse et le rétrécissement pas trop considérable ». C'est ce qu'a dit Farabeuf.

Ainsi donc le forceps en tant que forceps au détroit supérieur ne doit pas être employé puisqu'il va contre le but proposé : faciliter l'engagement.

Le levier est acceptable dans certaines conditions, encore faut-il que la tête, pas trop volumineuse, soit très inclinée et la concavité sacrée normale.

3^e LA VERSION. — Si nous nous rappelons les inconvénients du forceps au détroit supérieur, il est évident que la version par manœuvres internes lui est bien préférable. Elle a sur lui l'avantage de ne gêner en rien l'engagement de la tête tout en l'aidant par des tractions d'une intensité beaucoup plus appréciable et auxquelles on donnera la direction que l'on voudra.

On pourra, si l'on connaît le mécanisme de l'accouchement, incliner la tête sur son pariétal postérieur, puis la redresser pour faire franchir le détroit supérieur à la bosse pariétale antérieure. Si même elle est nécessaire, on pourra, par la manœuvre dite de Champetier de Ribes, après avoir orienté et fléchi au maximum la tête, refouler celle-ci dans la moitié de l'excavation occupée par l'occiput de façon que son diamètre bi-pariétal soit en rapport avec un plus grand diamètre du bassin, et terminer ensuite l'engagement par l'inclinaison successive des deux bosses pariétales.

Mais la version présente aussi des inconvénients qu'on ne peut négliger. Pour que l'enfant soit vivant, il faut agir rapidement. Sans quoi l'excitation cutanée produite par la main ou par l'action directe de l'air amènera des mouvements respiratoires, d'où menace d'asphyxie.

Or pour agir rapidement il faut un certain nombre de conditions : le col doit être largement dilaté pour ne pas brider le cou du fœtus ; la poche des eaux doit être rompue depuis peu, car si l'utérus ne contient plus de liquide, l'évolution sera pénible. Du côté de la mère, si elle est en travail depuis longtemps, on doit craindre la rupture utérine. Un dernier argument opposé à la version est que si la manœuvre échoue, on n'a plus qu'une ressource, l'embryotomie. Nous ne retiendrons pas ce dernier point voulant montrer plus loin qu'on peut encore dans ce cas avoir un enfant vivant.

Si nous envisageons la conclusion de cette étude rapide des interventions purement obstétricales dans les bassins rétrécis nous voyons en premier lieu que sans doute l'on peut provoquer l'accouchement dans deux cas : chez les primipares enceintes de 8 mois 1 2 ayant un enfant relativement volu-

mineux, et chez les multipares enceintes de 8 mois $1/2$, chez lesquelles les accouchements à terme quoique spontanés, ont été longs et ont donné naissance à un enfant qui est né mort ou est mort quelque temps après sa naissance, mais les conditions requises pour la mise en œuvre de cette intervention, conditions anatomiques de la mère et de l'enfant, conditions physiologiques de la grossesse, sont telles que cela constitue une intervention tout à fait d'exception et de grande exception.

D'ailleurs le problème se pose le plus souvent au moment du terme et l'accouchement provoqué se trouve écarté par là même.

Dans ces conditions nous aurons d'après ce que nous avons dit à poser ces conclusions :

« Lorsque la femme est en travail, bien portante, et que l'enfant est vivant, s'il ne paraît pas y avoir disproportion entre le volume de la tête et les dimensions du bassin, si la concavité sacrée est normale, on peut agir de deux manières :

1^o S'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare, la tête étant bien posée, on peut tenter une application de levier-crochet (branche antérieure du forceps) que l'on peut considérer comme inoffensive pour la mère et l'enfant ;

2^o S'il s'agit d'une multipare dont l'histoire nous est connue (ou même d'une primipare si l'enfant est vraiment peu volumineux), la tête étant mal posée, à plus forte raison s'il y a procidence du cordon, on peut tenter une version podalique pourvu que la poche des eaux soit rompue depuis peu et que nulle menace de rupture ne soit à craindre. »

CHAPITRE III

LES CONDITIONS QUE DOIVENT REMPLIR LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES A TERME

(Quelques mots sur la symphyséotomie et ses dérivées)

Mais de tout cela il appert que, si l'on veut se proposer d'avoir un enfant vivant, si les manœuvres précédentes ne sont pas applicables ou si, étant appliquées, elles ne donnent pas de résultat, il faut entreprendre autre chose ; que sera cette autre chose ?

En aucun cas l'embryotomie. Notre collègue Guillet a cherché dans sa thèse à opposer, suivant l'enseignement de notre maître, l'opération césarienne d'urgence à l'embryotomie. L'embryotomie, ceci est l'enseignement formel de la Maternité d'Angers, doit être réservée aux cas où l'enfant est positivement mort. Nous ne reviendrons pas là-dessus.

Que nous reste-t-il ? Une intervention chirurgicale à terme. Quelle sera cette intervention ? Symphyséotomie ou ses dérivées (opération de Gigli, ischio-pubiotomie), opération césarienne ? Notre but est de défendre cette dernière, il nous faut cependant dire un mot des autres et surtout bien poser les conditions du problème.

Si l'on se pénètre de ce que nous avons dit et des difficultés du pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis, et de la possibilité quelquefois, dans des cas si restreints soient-ils et pourtant encore nombreux, d'assurer l'accouchement par une intervention obstétricale pure et simple, on ne tarde pas à se

convaincre que toute intervention proposée contre le rétrécissement du bassin doit pouvoir remplir les conditions suivantes :

1^o L'intervention doit pouvoir être faite à terme.

Or on ne peut affirmer certainement qu'une femme est à terme que lorsque le travail se déclare, c'est-à-dire lorsqu'on constate par le toucher que le col est en période d'effacement. Encore les cas où l'on doit intervenir dès ce moment sont-ils rares. Il faut être bien sûr que l'accouchement ne pourra aboutir. Donc, pour le sujet qui nous occupe, il faudra que le bassin ait un rétrécissement très notable. Dans les cas limites, où l'on ne peut porter aucun pronostic certain, une intervention qui ne pourrait se faire qu'au début du travail serait insuffisante. Par conséquent :

2^o L'intervention doit pouvoir être faite au cours du travail. Si l'on peut attendre un certain temps avant d'intervenir, on étudiera la marche du travail, les progrès, ou l'arrêt, ou la régression de la dilatation, la position de la tête au-dessus du détroit supérieur, son inclinaison, etc... Au moment de la rupture de la poche des eaux, l'engagement se fera peut-être et l'on aura ainsi évité une intervention inutile. Lorsqu'il découlera de la suite des phénomènes que l'accouchement n'aura pas lieu spontanément, on interviendra. Mais l'intervention qu'on choisira, tout en sauvegardant la vie de l'enfant, doit être bénigne pour la mère.

3^o L'intervention doit avoir des suites immédiates bonnes et de plus la femme doit être en état, par la suite, de concevoir à nouveau sans que cette conception ait de fâcheuses conséquences, soit pendant le cours de la grossesse, soit au moment du travail.

La symphyséotomie répond à ces conditions. Elle peut être faite à terme, s'il y a une notable disproportion entre le volume de la tête et celui du bassin.

Elle peut être faite au cours du travail dans les cas limites et présente à cet égard l'avantage que nous signalions tout à l'heure de pouvoir être « une symphyséotomie qu'on ne fait pas ».

Enfin au point de vue des conceptions ultérieures, elle n'a pas d'inconvénients. En effet, une femme symphyséotomisée n'a subi aucun traumatisme du corps utérin, pouvant faire craindre une rupture à l'occasion d'une autre grossesse, soit pendant son cours, soit au moment du travail. A ce moment elle peut subir une nouvelle symphyséotomie si cela est nécessaire, ou bien elle peut accoucher spontanément sans plus de difficultés que si elle n'avait pas subi d'intervention.

Mais à côté de ces avantages, l'opération de Sigault présente de sérieux inconvénients. Elle nécessite en somme trois interventions successives : section de la symphyse, application de forceps, suture de la symphyse. Dans certains cas il est vrai, on peut se dispenser de la seconde, l'accouchement se faisant spontanément après la séparation des pubis. Mais souvent aussi, surtout dans les interventions d'urgence, lorsqu'on a déjà tenté l'extraction par la version ou le forceps, l'enfant souffre et a le plus grand intérêt à être extrait promptement. Cette succession de manœuvres nécessite une instrumentation compliquée, des aides assez nombreux et expérimentés et surtout un temps assez long qui ne joue pas le moindre rôle dans la mortalité fœtale, qui d'après les statistiques réunies par M. Bar, est de 9,3 0/0.

D'autre part l'appréciation exacte des dimensions du bassin étant impossible, on peut se décider à faire une symphyséotomie dans un bassin qui paraît assez peu rétréci et ne réussir qu'à avoir un enfant mort, ainsi que le montre l'observation rapportée par le Dr Queirel (*Leçons de clin. obstétr.*, tome II, 23^e leçon). Si elle peut être pratiquée après le forceps, elle ne peut l'être après la version.

Enfin la symphyséotomie n'apparaît peut-être pas aujourd'hui comme une opération aussi peu grave qu'on pouvait le croire *a priori*. Soit que la multiplicité des manœuvres ait en effet prédisposé à l'infection, soit que le fait même d'ouvrir une articulation prédispose à certains accidents infectieux, le fait est que, indépendamment des troubles vraiment rares signalés comme le prolapsus utérin, les troubles urinaires, la déchirure de l'urètre ou de la vessie, les troubles de la marche par défaut de

réparation des symphyses, la symphyséotomie a apparu à certains de ses partisans comme une opération dangereuse et la meilleure preuve en est donnée par les modifications qu'on a proposées.

Je ne veux pas parler de l'ischio-pubiotomie qui s'adresse à une lésion spéciale du bassin, lésion à laquelle la symphyséotomie peut d'ailleurs dans la plupart des cas convenablement parer, mais de l'opération dite de Gigli ou section latérale du pubis.

Gigli, comme il le rapporte dans un article récent, frappé de voir les symphyséotomies suivies dans son service donner les guérisons les moins désirables, croyant trouver dans l'ouverture de l'articulation la cause de ces accidents porta le principe que « il ne faut pas ouvrir dans l'accouchement une articulation saine » et conclut qu'il fallait, sans renoncer à intervenir sur le bassin, s'adresser aux os et non aux articulations.

A l'aide d'une scie filiforme spéciale, il fait la section latérale du pubis, l'ostéotomie, et les succès qu'il signale sont déjà nombreux, tant obtenus par lui-même que par divers opérateurs. Il est possible que cette opération présente sur la symphyséotomie des avantages ; il n'en est pas moins vrai aussi que l'on peut à la section latérale du pubis faire les mêmes reproches qu'à la symphyséotomie, à savoir que, ainsi que le reconnaît Gigli lui-même, elle est une opération complexe exigeant une succession de manœuvres obstétricales et chirurgicales où nous voyons un réel danger, peut-être le seul réel danger.

Quoi qu'il en soit, si la symphyséotomie et l'opération de Gigli remplissent les conditions exigées par l'intervention à terme, dans les bassins rétrécis, elles paraissent les remplir beaucoup moins bien qu'une solution chirurgicale infiniment plus simple, et dont les résultats ne sont pas, comme nous allons chercher à le démontrer, inférieurs, tant s'en faut, pour la mère et l'enfant, au point de vue immédiat et consécutif.

CHAPITRE IV

L'OPÉRATION CÉSARIENNE CONSERVATRICE

(Ses avantages, ses inconvénients, ses indications)

Comme nous venons de le voir dans le chapitre précédent, la symphyséotomie remplit bien les conditions que nous avons posées au début. Mais si elle peut être faite à terme et même pendant le travail, si elle permet une nouvelle conception sans crainte de complications, elle n'en reste pas moins une intervention dangereuse immédiatement ou consécutivement pour la mère et pour l'enfant.

L'intervention qui semble devoir donner les meilleurs résultats pour la vie de l'enfant est certainement l'opération césarienne. Elle est en effet plus rapide que la symphyséotomie et que toutes les interventions qui ont pour but d'extraire l'enfant par les voies naturelles. Cette rapidité d'extraction ne pourra qu'être avantageuse au fœtus. D'autre part la sortie à travers les parois utérine et abdominale, parties molles et dilatables, lui sera forcément moins préjudiciable qu'un accouchement à travers un détroit osseux, difficile à franchir et d'autant plus nocif qu'il sera plus rétréci.

Du côté de la mère, elle permet d'éviter tous les inconvénients que nous avons signalés pour la symphyséotomie. On n'a pas à craindre les déchirures du col, celles du vagin, de l'urèthre ou du périnée, puisque ces différentes parties n'ont aucun rôle ; on évite par là même les complications ultérieures qui peuvent en résulter : prolapsus utérin, fistules vésico -ou uréthro-

vaginales. Enfin le bassin lui-même reste intact et la femme n'est point exposée aux troubles qui résultent de la disjonction permanente des pubis.

Mais à côté de ces avantages, on lui reproche de ne pas remplir, ou du moins de ne remplir qu'en partie, les conditions que nous avons imposées aux opérations à terme ; de plus elle expose à certaines complications soit pendant le cours de l'opération, soit aussitôt après, soit dans les jours qui suivent.

Nous allons envisager d'abord ces complications, en les divisant comme l'a fait M. Bar. La seule qui soit à craindre pendant le cours de l'intervention est l'hémorragie par atonie utérine. D'après la statistique de Léopold et Hoake, elle se produirait dans 6 0/0 des cas. M. Bar ne l'a jamais rencontrée. Pour lui, elle serait due à la striction préventive du col par un lien élastique. Dans les interventions que nous rapportons ici, nous n'avons vu qu'une fois une hémorragie assez abondante (obs. II), laquelle était due à ce que le placenta était inséré au niveau de l'incision. Encore cette hémorragie a-t-elle cédé facilement à quelques injections d'ergotine et à la suture utérine.

Dans les jours suivants il peut encore se produire des hémorragies ; mais celles-ci peuvent être traitées comme une hémorragie de la délivrance : elles ont même l'avantage sur cette dernière de pouvoir être arrêtées par l'ergotine, qu'on n'hésite pas à employer puisqu'on est certain qu'il n'y a pas de rétention placentaire. Nous n'avons du reste aucune observation de ces hémorragies.

Il peut se produire également dans les vingt-quatre heures des phénomènes de choc ; nous n'en avons pas vu de très manifestes ; peut-être cela tient-il à l'injection de sérum artificiel qu'on fait après l'intervention.

La troisième complication qui est à craindre quelques jours après l'intervention, est la plus grave, c'est l'infection. Si l'on prend à ce sujet les statistiques anciennes, on voit qu'elle est très fréquente. Mais si l'on se borne à celles de la période d'antisepsie, les résultats sont beaucoup plus satisfaisants. Parmi les femmes chez qui M. Boquel a pratiqué la césarienne, quelques-

unes ont eu une élévation de température, mais les autres symptômes ont montré qu'il s'agissait, soit d'une résorption de liquide amniotique écoulé dans le péritoine, soit de phénomènes intestinaux ; en tout cas, il s'est toujours agi de manifestations d'infection légère.

Quant aux complications éloignées de la césarienne, nous n'en avons observé qu'une seule : une fistule stercorale (obs. VI) due probablement à une piqûre de l'intestin au moment de la suture péritonéale dans des conditions un peu complexes, et il n'y a là évidemment qu'une complication absolument exceptionnelle et toute fortuite. La véritable complication à craindre, qui a été signalée dans quelques observations, c'est l'éventration consécutive. Nous n'en avons observé aucun cas et cependant la plupart des opérées ont été revues longtemps après. En particulier les malades qui ont été opérées plusieurs fois n'ont pas présenté trace d'éventration. Cette complication peut donc sembler peu redoutable et peu fréquente : il y a là sans doute comme dans toute opération abdominale une question de technique et surtout de réunion *per primam*, sans suppuration ni élimination de fil.

Nous n'envisagerons pas pour le moment les complications dans les cas de grossesse ultérieure, nous réservant d'y revenir plus loin.

*
* *

Reprenons maintenant les conditions que nous avons posées précédemment et voyons comment y répond l'opération césarienne. L'opération césarienne qu'on peut évidemment faire à terme peut-elle être pratiquée au cours du travail, condition que nous avons posée comme nécessaire ? Quelles seront ses conséquences dans le cas d'une nouvelle conception ?

Sur le premier point il est admis actuellement par tous les auteurs que l'opération césarienne est l'intervention de choix lorsqu'elle peut être faite avant tout début du travail, chez les femmes dont le bassin est trop rétréci pour faire espérer un

accouchement par les voies naturelles, à la condition toutefois d'un état parfait de la mère et de l'enfant. On peut donc diviser les indications de la césarienne en absolues ou relatives, absolues lorsque le rétrécissement du bassin ne permet aucune autre intervention, relatives quand au contraire on peut essayer le forceps, la version ou la symphyséotomie. Les indications relatives diffèrent suivant les auteurs. Pour Léopold, de Dresde, il y a indication relative lorsque le conjugué vrai est de 7 centimètres dans les bassins rachitiques aplatis et de 7 centimètres 5 dans les bassins rachitiques généralement rétrécis. Il est revenu sur ce point au congrès d'Amsterdam en 1899 et indique une technique différente suivant que la femme est une primipare ou une multipare. Chez les primipares, quand bien même le conjugué ne dépasse pas 7 centimètres 5, il pratique l'opération césarienne toutes les fois que la tête ne s'engage pas ou s'engage mal. Chez les multipares, il n'y a recours qu'au dessous de 7 centimètres 5. Au dessus il lui préfère la version, à moins que l'état de contracture de l'utérus ne fasse craindre une rupture.

Veit l'admet lorsque le forceps ou la version ont peu de chances d'aboutir et que la mère et l'enfant sont dans un état satisfaisant.

Williams (de Baltimore) donne pour limites de 7 centimètres à 8 centimètres 5 dans les bassins plats et 9 dans les bassins généralement rétrécis.

M. Bar admet les interventions sanglantes lorsque le diamètre Ppm. mesure de 71 à 80 millimètres.

Enfin, dans le *Traité de l'art des accouchements* de MM. Tarnier et Budin (article Maygrier) nous trouvons le passage suivant : « Il y a indication relative toutes les fois que le bassin ne permet pas le passage d'un enfant vivant à terme... La césarienne peut donc être admise entre 6 1/2 et 7 centimètres de diamètre promonto-pubien minimum ».

L'indication absolue pour les mêmes auteurs, est que le promonto-pubien minimum soit égal ou inférieur à 6 centimètres dans un bassin généralement rétréci, à 6 centimètres 5 dans un bassin aplati.

Somme toute les indications résultent pour la plupart de l'état du diamètre promonto-pubien minimum seul.

A la Maternité d'Angers, les indications auxquelles on a été conduit sont d'un ordre tout autre et inspirées de ce que nous avons dit plus haut.

La première opération césarienne faite dans le service fut faite dans les conditions indiquées par M. Bar, au début du travail, en tenant compte du degré de rétrécissement du bassin, mais depuis, à la suite des succès obtenus d'urgence, dans des conditions en apparence paradoxales, si l'on tient compte de l'opinion unanime des auteurs, il sembla que des indications d'ordre tout différent devaient être envisagées, qu'il ne devait être tenu compte du degré de rétrécissement promonto-pubien que comme d'un élément d'appréciation et non comme du seul élément.

C'est ainsi qu'une seule fois depuis cette époque la césarienne a été faite au début du travail, les autres étant faites à un autre moment, plus tard (nous ne parlons pas bien entendu des opérations récidivées quand les mêmes causes persistent : nous reviendrons sur ce point).

Si on laisse de côté les indications absolues sur lesquelles il n'est plus à revenir, on voit que la mise en œuvre de l'opération césarienne au début du travail néglige les divers éléments de pronostic sur lesquels nous avons longuement insisté. Avec le degré de rétrécissement il faut examiner les divers points complémentaires, la hauteur, l'épaisseur, l'inclinaison de la symphyse, il faut surtout tenir compte de la forme et du développement de la concavité sacrée, il faut enfin tenir compte du développement de la tête fœtale. Encore tout cela ne sera-t-il pas suffisant puisque ces données même étant établies de façon parfaite, et l'on sait combien cela est difficile dans la grande majorité des cas, il restera encore à déterminer si l'engagement suivant le mode normal ne triomphera pas de l'obstacle en acheminant lentement et sûrement la tête de l'abdomen dans l'excavation.

Or cette dernière question, de toute évidence, ne peut être

résolue qu'au cours du travail. Il faut donc pour que la césarienne soit faite en toute connaissance de cause, que le plus souvent pour la mettre en œuvre on attende le cours du travail.

Dans ces conditions l'opération césarienne donnera-t-elle des succès ? c'est aux faits de le montrer. Des succès obtenus pourront être déduites les indications,

Or la question se présente ainsi. Si tous les auteurs actuellement admettent la possibilité de la césarienne à terme, ils sont au contraire unanimes à repousser cette intervention lorsque le travail est commencé et cela, surtout à cause de la crainte d'infection. « Opérer aseptiquement est une condition si capitale du succès, que l'opération césarienne conservatrice doit être considérée comme contre-indiquée dans tous les cas où il y a infection même légère du vagin et du canal cervical... Par la même raison, la section césarienne conservatrice donne des résultats moins bons quand elle est pratiquée chez une femme en travail depuis longtemps, chez qui le toucher vaginal a été fréquemment pratiqué ou chez qui les membranes sont rompues depuis longtemps » (Bar, *Leçon de pathologie obstétricale*). M. Pinard est encore plus rigoureux, lorsqu'il dit : « Inutile de dire que je n'accepte l'opération césarienne qu'à terme, c'est-à-dire au début du travail » (Rapport au Congrès d'Amsterdam, 1899). Nous pouvons d'abord, pour répondre à ces arguments, sans reprendre la question de la césarienne d'urgence qu'a déjà traitée notre collègue Guillet, nous appuyer sur les observations qu'il a publiées. Si, en effet, l'opération donne de bons résultats lorsqu'elle est pratiquée d'urgence, après un travail prolongé et des tentatives d'extraction, lorsque la femme est fatiguée et que l'enfant souffre, elle doit à *fortiori* en donner d'aussi bons lorsqu'elle est faite plus tôt.

Partant de ces considérations, l'opération césarienne a été pratiquée cinq fois par M. Boquel, en attendant systématiquement non seulement le début du travail, mais son évolution première, et après s'être assuré que l'accouchement spontané était impossible. Dans le premier cas (observ. VI) il s'agit

d'une tripaire, ayant eu deux enfants morts, le premier au bout de huit mois, le deuxième pendant le travail; tous les deux avaient été extraits aux forceps. Comme le diamètre P s. P était de 10 centimètres 3, on pouvait espérer un accouchement spontané et l'on n'est intervenu qu'après avoir constaté que la tête, d'abord bien inclinée et fléchie, se défléchissait et s'inclinait en sens contraire.

Dans le second cas (observ. VII), il s'agit d'une primipare dont le bassin est rétréci d'un côté par suite d'une coxalgie ancienne. La césarienne a été pratiquée huit jours après la rupture de la poche des eaux, parce que le travail durait depuis 12 heures sans que l'engagement se produisît.

Dans la troisième observation (observ. VIII), on est intervenu chez une primipare parce que les bruits du cœur devenaient sourds et ralentis et que le diamètre PSP de 7 centimètres 1 2, ne permettait pas d'employer un autre moyen, malgré la bonne inclinaison de la tête.

Les deux autres cas (observ. IX et X) présentent un intérêt particulier en ce qu'ils ont un caractère commun, la procidence du cordon. Dans les deux cas, le diamètre PSP était de 9 centimètres 1 2, la concavité sacrée normale. Dans l'un (observ. IX), la césarienne a été faite aussitôt après la rupture de la poche des eaux; l'enfant n'a pu être ranimé. Dans l'autre, elle a été pratiquée lorsque la poche des eaux était rompue depuis une heure; l'enfant est parfaitement vivant.

Ainsi sur cinq cas de césariennes pratiquées pendant le travail, il y a cinq succès pour la mère et quatre pour l'enfant. Le cinquième enfant est mort de procidence du cordon. La césarienne était donc contre-indiquée dans ce cas, bien qu'elle n'ait pas eu de fâcheuses conséquences pour la mère. Pourtant, si l'on rapproche les deux observations IX et X, il paraît difficile de dire si la version était préférable à la césarienne. Nous ne concluons donc pas, trouvant que c'est trop peu de deux observations pour établir la conduite à tenir sur ce point. En dehors de ce point particulier, il semble donc que la césarienne puisse être entreprise avec de bons résultats au cours du travail.

Partant de là, étant donné que l'opération césarienne peut répondre aux conditions prescrites, il est facile de montrer quelles indications doivent présider à la mise en œuvre de l'opération césarienne.

Les indications absolues étant réservées à l'état d'étroitesse extrême du bassin suivant la formule classique, lorsque le détroit supérieur du bassin sera altéré, soit dans son diamètre antéro-postérieur, soit dans sa symétrie, la césarienne devra être entreprise dans deux conditions :

1° Lorsque le rétrécissement marqué du détroit supérieur s'accompagne d'aplatissement de la concavité sacrée, du rétrécissement du diamètre mi-sacro-pubien, la césarienne sera entreprise au début du travail. C'est ainsi qu'une malade (observ. I et II) fut opérée au début du travail dans les conditions suivantes :

Lors de sa première entrée, cette femme en était à sa sixième grossesse ; les cinq premières s'étaient toutes terminées par la mort de l'enfant, soit pendant le travail, soit quelques jours avant.

Au toucher, on trouva un sacrum plat, avec un faux promontoire situé à 8 centimètres de la symphyse pubienne. L'indication était donc bien nette en raison de l'état du sacrum et des résultats déplorable des accouchements antérieurs ;

2° La césarienne sera encore entreprise au début du travail lorsqu'il s'agira d'une opération récidivée, les mêmes causes subsistant. Encore faut-il que ces causes subsistent et nous citerons une observation (XI) dans laquelle, après une césarienne faite pour une cause fortuite, la malade accoucha spontanément lors d'une nouvelle grossesse. Il serait inutile évidemment de telles conditions étant réalisées, d'attendre le cours du travail. C'est dans cet esprit que les observations II, IV, V ont été recueillies.

Lorsque au contraire, le bassin est intermédiaire, c'est-à-dire peu rétréci, lorsque, en principe, il n'est pas du tout certain (et il est difficile pour les cas particuliers précédents d'avoir une certitude) que le mode d'engagement ne soit pas suffisant pour triompher de l'obstacle, il faut attendre que le travail soit

avancé et la poche des eaux rompue. A ce moment tous les éléments de la question sont capables d'être réunis et celle-ci peut être aisément décidée. Encore n'est-il point défendu à ce moment de tenter une intervention dont la réussite apparaît possible sans mal, comme l'application du levier. Il ne faut point ici faire un parallèle inconsidéré entre l'opération faite dans ces conditions et l'opération d'urgence.

L'opération d'urgence est évidemment, dans l'état actuel des faits recueillis trop peu nombreux, une intervention qui ne laisse pas que de faire courir de grands dangers, et M. Boquel a fait ressortir dans sa communication originale à la Société obstétricale de France et dans ses leçons que, en pareille matière, les succès même un peu importants, pouvaient n'être que des séries suivies d'autres séries à résultat contraire. Ici l'attente sous la surveillance d'un accoucheur expérimenté, même l'intervention tentée dans des conditions parfaites, ne saurait guère exposer la femme à l'infection et l'opération faite au cours du travail ne paraît guère alors présenter plus de risques qu'au début.

Mais encore faut-il si l'on veut la mettre en parallèle avec la symphyséotomie, qu'elle ne laisse aucune crainte au sujet des conceptions futures. C'est ce point que nous allons envisager maintenant.

Les conséquences de la césarienne au point de vue d'une nouvelle conception doivent être étudiées, comme l'a fait M. Bar. pendant la grossesse, au moment de l'accouchement, ou lors d'une nouvelle intervention.

Au cours de la grossesse, on peut craindre l'éventration, les adhérences de l'utérus à la paroi et surtout les ruptures utérines. Pour l'éventration, ainsi que nous l'avons dit, nous n'avons rien de particulier à noter. Sur les femmes qui ont eu une césarienne, trois sont de nouveau devenues enceintes sans présenter aucune complication : ce sont les femmes qui font l'objet des observations I, II, III, IV, V, que nous avons déjà rappelées et XI qui a été citée dans la thèse de Guillet (observ. IV). Les

adhérences peuvent être la cause de présentations vicieuses ; dans les observations II, IV et V on n'a pas eu à s'occuper de ce point, puisque la présentation n'importait nullement. Dans l'observation XI, la présentation était bonne. Les adhérences peuvent encore prédisposer à l'avortement. Dans les trois cas cités, la grossesse a évolué normalement. D'ailleurs les adhérences sont-elles constantes et importantes, rien n'est moins certain, nous allons revenir sur ce point.

A côté de ces deux points peu importants, la rupture utérine apparaît comme beaucoup plus grave. Si l'on s'en rapporte aux faits déjà anciens où l'on pratiquait peu la césarienne, on trouve un assez grand nombre de ruptures ou de cas dans lesquels la paroi très amincie menaçait de se rompre. Mais si l'on examine au contraire les statistiques récentes, on remarque que la rupture n'est plus fréquente. Léopold cite treize cas de femmes redevenues enceintes, dont une trois fois, une deux fois et les autres une fois. Il n'y eut aucun cas de rupture. M. Bar cite trois femmes, redevenues chacune deux fois enceintes, sans aucune rupture. De même dans les cas rapportés par Olshansen, Everke, Zweifel, etc... Dans nos quatre observations nous n'avons non plus aucune rupture ou menace de rupture à signaler.

Au moment de l'accouchement, les dangers sont les mêmes que pendant la grossesse, la rupture utérine restant prépondérante. Nous n'avons qu'un cas d'accouchement spontané (obs. XI), le travail a été rapide et absolument normal.

Quant aux difficultés opératoires qui peuvent se présenter lors d'une nouvelle césarienne, elles ne peuvent résulter que d'adhérences utéro-pariétales, l'amincissement de la paroi utérine pouvant seulement hâter, par crainte de rupture, le moment de l'intervention. Du reste dans les trois cas où la césarienne a été répétée, cet amincissement n'était pas appréciable. Il n'y avait en outre aucune trace de l'incision antérieure, sauf quelques varicosités (observ. II).

On a trouvé deux fois (observ. IV et V) des adhérences entre l'utérus et l'épiploon d'une part, entre l'épiploon et la paroi de l'autre, elles ont été rompues sans difficulté, ce qui d'après les

statistiques publiées, est l'habitude. Il n'y a guère que le cas publié par Johannosky, dans lequel cet opérateur fut obligé d'inciser la paroi postérieure.

Dans l'observation V, Césarienne répétée pour la troisième fois, les adhérences existaient analogues à celles qu'on avait trouvé la seconde fois, ni plus importantes, ni plus ennuyeuses. Aucune complication spéciale n'est survenue du côté de l'utérus et cependant cette femme, qui est arrivée à la maternité dans un état de misère physiologique très grand, n'a pas guéri sans une certaine période d'affaiblissement et de fatigue réels. Les adhérences ne sont d'ailleurs pas constantes, tant s'en faut ; il est probable que la technique joue là un rôle assez important et en particulier il est fort possible que des fils irritants coupés un peu longs ne soient, par l'irritation qu'ils causent, si quelque inflammation survient, une cause d'adhérences. Notons que dans l'observation VI, où une nouvelle laparatomie fut nécessaire quelques semaines après la césarienne, l'utérus fut constaté normal parfaitement revenu sur lui-même occupant le petit bassin et absolument libre d'adhérences.

Pour résumer si nous prenons la moyenne des statistiques citées par M. Bar et si nous y ajoutons nos deux cas personnels, nous voyons que sur une femme opérée 4 fois, 7 opérées 3 fois, 10 opérées 2 fois, il n'y eut aucun décès ; des enfants un seul mourut (Zweifel). Aussi pouvons nous conclure avec M. Bar. « Une nouvelle grossesse fait courir à la femme quelques risques. Une opération récidivée peut être plus difficile. Mais les statistiques prouvent que les risques ainsi courus sont minimes. La crainte de les voir se produire ne doit pas nous autoriser à abandonner la section césarienne conservatrice au profit des opérations mutilatrices ».

CHAPITRE V

LES CÉSARIENNES QU'ON NE FAIT PAS

Des cinq observations de césariennes faites après le début du travail, et des observations de césariennes d'urgence rapportées par notre collègue Guillet, il résulte qu'un travail commencé et même avancé ne contre-indique nullement en principe cette intervention.

Par conséquent dans tous les cas où elle ne sera pas absolument nécessaire, c'est-à-dire lorsque le bassin sera peu rétréci, elle pourra être faite lorsque, des considérations sur la marche du travail, l'état de la mère et l'état de l'enfant, l'accouchement apparaîtra comme ne pouvant se faire. Nous ajouterons que c'est alors seulement qu'étant démontrée possible, elle devra être faite dans ces cas. Ainsi cette méthode, envisagée comme méthode générale de traitement des accidents d'origine osseuse pelvienne, permettra d'éviter un certain nombre d'opérations, et à côté des symphyséotomies qu'on ne fait pas, nous aurons les césariennes qu'on ne fait pas.

Il en a été ainsi dans un certain nombre de cas. Dans le premier (observ. XII), il s'agit d'une primipare dont le bassin était peu rétréci, le diamètre promonto-sous-pubien mesurait 10 centimètres, la concavité sacrée était normale. On décida d'attendre et on n'eut pas à le regretter, car après un travail relativement court, l'engagement se fit spontanément et il n'y eut qu'à terminer l'accouchement par un forceps dans l'excavation. La seconde fois (observ. XIII), il s'agissait encore d'une primipare : la concavité sacrée était normale, mais le diamètre PSP ne

mesurait que 9 centimètres. On attendit de 4 heures du matin à 8 heures 1/2 du soir et à ce moment seulement, en présence de la faiblesse et de la rareté des contractions utérines, on décida d'intervenir. Mais avant de pratiquer la césarienne, on essaya d'une manœuvre qu'on considérait comme inoffensive et à l'aide du forceps-levier on mit au monde un enfant parfaitement vivant.

La troisième observation de ce genre (observ. XIV) est celle d'une femme tripaire dont les deux premiers accouchements ont été spontanés : le premier enfant est mort-né, le second est vivant. Comme la précédente, elle a un diamètre PSP de 9 centimètres et une concavité sacrée normale. Avant son arrivée, on a rompu artificiellement la poche des eaux et fait deux tentatives de forceps sans résultat. L'engagement n'est pas fait ; mais comme les bruits du cœur fœtal sont bons, on attend, en considération de la spontanéité des deux premiers accouchements. Trois heures environ après son arrivée, la tête est descendue. A ce moment, les bruits du cœur cessent et malgré une application de forceps, on extrait un enfant mort.

Enfin, dans le dernier cas (observ. XV), la femme est arrivée également après rupture artificielle de la poche des eaux et applications multiples de forceps. Le diamètre PSP était de 10 centimètres, la concavité sacrée normale. Non seulement l'engagement n'était pas fait, mais la tête était inclinée sur son pariétal antérieur. Comme il s'agissait d'une secundipare accouchée antérieurement d'un enfant vivant par une application de forceps, on essaya la version, bien que la poche des eaux fût rompue depuis 8 heures. Cette manœuvre réussit.

Signalons encore dans le même ordre d'idées l'observation XI dans laquelle nous voyons une femme opérée d'urgence à la suite d'une menace de rupture utérine au cours d'une version ; devenue enceinte de nouveau, elle fut laissée livrée à elle-même. L'accouchement se fit un peu avant terme sans doute mais d'une façon absolument normale. On n'intervint pas parce qu'aucune cause d'intervenir n'existait. Les causes de la première opération disparues, l'accouchement devenait possible.

*
* *

On voit d'après ces observations que, loin de préconiser systématiquement la césarienne dans les rétrécissements du bassin, nous recourons volontiers aux interventions purement obstétricales lorsqu'elles semblent avoir des chances sérieuses de succès. La conduite suivie à la maternité d'Angers est la suivante, que M. Boquel a publiée dans ses leçons :

« A. — A quelque période de travail que l'on se trouve, s'il s'agit d'une primipare ou d'une multipare bien portante, enfant bien portant, si la concavité sacrée est normale et que le volume de la tête ne paraît pas disproportionné avec le degré de rétrécissement du bassin, la tête étant bien posée, c'est-à-dire inclinée sur son pariétal postérieur, je tente au bout d'un temps fort variable une application de levier (branche antérieure du forceps seule) que je considère comme inoffensive.

« S'il s'agit d'une multipare, dont l'histoire est connue, si la tête est mal posée à plus forte raison s'il y a procidence du cordon, je tenterai volontiers, dans les mêmes conditions que ci-dessus, une version podalique, pourvu que la poche des eaux soit rompue depuis peu et que nulle menace de rupture utérine ne soit à craindre.

« Dans tous les autres cas, je pratique l'opération césarienne.

« B. — Alors même que l'écoulement de méconium, le ralentissement, l'irrégularité et la faiblesse des battements du cœur me fait penser que l'enfant souffre, si l'enfant est positivement vivant, si aucune intervention simple comme le levier ou la version n'est faisable (cas précédent) je fais cependant et hâtivement la césarienne et, si l'infection est à craindre, je la fais suivre d'un drainage du péritoine par la plaie abdominale, au besoin, si l'infection est certaine, de l'hystérectomie totale ou subtotale (Porro).

« La symphyséotomie me paraît réservée à des cas absolument favorables à cette opération : dilatation complète, parois souples, non contusionnées.

« C.— L'embryotomie est réservée aux cas où l'enfant est positivement mort ».

Cette méthode a été suivie dans tous les cas rapportés dans nos observations, et en dehors des observations de césariennes, nous ne nous sommes servis que des cas auxquels nous avons assisté personnellement.

Les résultats semblent lui donner raison. Pour la mère, la statistique est parfaite. Pour les enfants, deux sont morts. L'un (observ. XIV) a été victime d'applications de forceps au détroit supérieur qui ne sont point à la charge du service. L'autre (observ. IX) est mort de procidence du cordon ; mais l'observation suivante montre un résultat contraire dans un cas semblable. Ce point mis à part, ces résultats sont excellents. Ils nous ont paru assez intéressants pour être rapportés et nous espérons que les observations nouvelles continueront à leur être favorables.

Nous n'avons pas fait remarquer que l'opération césarienne, chaque fois qu'elle a été entreprise, l'a été du consentement de la femme. Souvent, et cela a été indiqué dans certaines observations, notamment l'observation I et l'observation VI, c'est la femme elle-même qui, dans le but d'avoir un enfant vivant, l'a réclamée. Nous plaçant ici au point de vue des indications générales, il ne nous appartient pas de discuter ce qu'il conviendrait de faire si, ce que nous croyons devoir être fort rare dans les conditions où nous la conseillons, la femme refusait cette intervention, mais il reste entendu que, comme on le fait toujours à la Maternité d'Angers, la femme doit toujours être prévenue et consentante.

OBSERVATIONS

Césariennes faites au début du travail

Observation I. — B. M., 33 ans. Sextipare.

Cette femme entre à la Maternité le 24 février 1902. Elle a commencé à marcher à 3 ans et a toujours bien marché depuis cette époque. Elle n'a eu aucune maladie, mais a toujours été d'une santé délicate.

Réglée régulièrement depuis l'âge de 14 ans, elle a déjà eu cinq grossesses qui se sont toutes terminées par la mort du fœtus. Le premier accouchement a été fait au forceps. Les autres ont été spontanés après une durée variable de travail. Au deuxième, l'enfant est mort huit jours avant le travail ; au troisième pendant celui-ci ; au quatrième 10 jours avant ; au cinquième pendant le travail.

Quant à la grossesse actuelle, les dernières règles datent du 3 au 7 juillet, l'apparition des mouvements actifs du 29 octobre. Il n'y a eu aucune complication. Les urines ne contiennent ni albumine ni sucre.

L'examen du squelette ne dénote aucune déformation ; la taille est de 1 mètre 42. Les divers organes sont normaux, sauf le cœur qui présente à la pointe un souffle systolique s'entendant dans l'aisselle et peut-être à la pointe de l'omoplate.

Au palper, on trouve une présentation de l'épaule droite, dos en arrière. Le fœtus ramené en présentation du sommet par une version externe ne s'y maintient pas. Au toucher, le col est très en avant derrière la symphyse, non effacé, l'orifice externe ouvert, l'interne fermé. On arrive facilement en partant de la pointe du coccyx à suivre la concavité sacrée qui paraît un peu exagérée. Le doigt y trouve une saillie qui n'est pas bordée par les ailerons du sacrum. La distance de ce faux promontoire au bord inférieur de la symphyse pubienne est de 8 centimètres. On n'arrive pas jusqu'au vrai promontoire. L'auscultation montre que les bruits du cœur fœtal sont bons, mais lointains.

L'état de la mère et de l'enfant étant excellents, on décide d'attendre jusqu'au terme pour intervenir.

Le 3 avril, la femme étant à peu près à terme, on fait l'opération césarienne Manuel opératoire habituel. L'enfant crie aussitôt après son extraction. On ne place pas de drain péritonéal.

Suites opératoires. — La malade a présenté pendant les premiers jours qui ont suivi l'opération des phénomènes intestinaux, coliques, ballonnement abdominal assez marqués, sans élévation de température et sans accélération du pouls. Les fils sont enlevés le 11 avril; la suture est très bonne. La malade se lève le 17 avril, et sort le 21, en parfait état.

L'enfant, du sexe féminin, pesait à sa naissance 3 kilog. 090, et à sa sortie 3 kilog. 375. Lors de la deuxième césarienne, il était en excellente santé.

Observation II (*Opération césarienne répétée pour la deuxième fois*). — B. M., 35 ans. Septipare (malade précédente).

Cette femme entre pour la seconde fois à la Maternité le 15 mars 1904.

Elle n'a eu aucune maladie depuis sa première opération. La grossesse actuelle n'a été marquée par aucun incident, si ce n'est de la constipation depuis le mois de décembre. Les dernières règles sont apparues du 28 juin au 3 juillet 1903, les mouvements actifs au milieu de décembre. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

A son arrivée le fœtus est en position O. I. G. A, non engagé, très mobile.

Le 20 avril, à 2 heures du matin, la malade est prise de coliques. La dilatation du col est d'environ 2 franes à 5 heures et n'a pas varié à 7 heures.

L'opération césarienne est pratiquée à 9 heures du matin. La face antérieure de l'utérus présente quelques varicosités qui sont sans doute les traces de la première incision. A signaler une hémorragie assez abondante au moment de l'incision utérine, par suite de la présence du placenta sur la face antérieure. L'enfant naît un peu étonné, puis se met à crier.

Suites opératoires. — Les premiers jours ont été marqués par une élévation de température ayant atteint le cinquième jour au soir 38° 8, pour redescendre ensuite graduellement jusqu'à atteindre 36° 9, le huitième jour au soir. Cette élévation thermique a été accompagnée de quelques phénomènes digestifs peu marqués. A partir du huitième jour, 23 avril, la température est restée constamment entre 36 et 37. Les fils sont enlevés le 27 avril. La femme sort guérie le 10 mai.

L'enfant, du sexe masculin, présentait à sa naissance les diamètres céphaliques suivants :

OM 11 1/2 SOF 10 SMB 10 1/2
 OF 10 1/2 BIP 8
 SOB 9 1/2 BIT 7

Il pesait à sa naissance 2 kilog. 665 et à sa sortie 3 kilog. 120.

Observation III. — E. L., 25 ans. Primipare.

La malade entre à la Maternité le 4 août 1900. Comme antécédents on note une bronchite assez grave à l'âge de 10 ans et depuis cette époque des accidents pulmonaires pour lesquels elle est entrée plusieurs fois à l'hôpital. Elle n'a marché qu'à 7 ans 1/2. Réglée à 20 ans, très irrégulièrement.

Les dernières règles datent du 15 au 19 novembre 1899. L'examen des urines ne dénote ni sucre, ni albumine.

La taille est petite : 1 mètre 32. Le squelette présente plusieurs déformations. Les membres inférieurs ont une courbure à concavité interne telle que, les deux pieds se touchant, les bords internes des deux rotules sont séparés par un espace de 46 centimètres. Les deux fémurs sont convexes en avant et en dehors, le gauche surtout : les tibias sont concaves en dedans et de plus le gauche est aplati et présente la déformation en lame de sabre. Le membre inférieur droit est plus long que le gauche. Au niveau des articulations costales, on remarque les nouures caractéristiques du chapelet rachitique. Les divers organes sont normaux, sauf les poumons qui présentent de l'emphysème généralisé ; l'examen des crachats n'a pas décelé le bacille de Koch.

Au palper, on constate que le fœtus tend à s'engager par le sommet ; le dos est à gauche. On entend très nettement les bruits du cœur à gauche et en avant.

Au toucher, le col est entier, fermé. A travers le segment inférieur on sent la tête mobile. Le diamètre promonto-sous-pubien est de 8 centimètres ; le promontoire est bas situé ; la concavité sacrée est normale. Aucune autre particularité.

On décide d'attendre le début du travail avant d'intervenir.

Le 6 septembre au matin, la femme a des douleurs très nettes ; le col effacé commence à se dilater. La poche des eaux bombe fortement. L'engagement n'est pas fait. On pratique l'opération césarienne suivant le manuel opératoire habituel. A signaler un peu d'ascite. Au moment de l'extraction de l'enfant, un peu de liquide amniotique s'écoule dans le péritoine. On ne met pas de drain.

Suites opératoires. — Sauf une élévation de température les premiers jours, atteignant brusquement 40° le quatrième au soir pour retomber le lendemain à 36°6, la courbe thermique n'a pas dépassé 37°. Cette ascension s'est accompagnée de diarrhée abondante et fétide, avec conservation du bon état général.

L'enfant pesait à sa naissance 3 kilog. 210 et à sa sortie 3 kilog. 650.
Le diamètre SOB était de 9 centimètres 7, le BIP, de 9 centimètres 6.

Observation IV (*Opération césarienne répétée pour la deuxième fois*). — E. L. . . 29 ans. Secondipare (malade précédente).

La malade rentre à la Maternité le 13 octobre 1903.

Depuis sa première opération césarienne, elle s'est toujours très bien portée. Les règles, qui avaient reparu un mois après l'intervention, disparaissent pendant 3 mois. Depuis elles sont à peu près régulières, mais varient souvent comme apparition d'une dizaine de jours. Les dernières datent du 27 janvier 1903.

Au palper, on constate une présentation du siège. Les bruits du cœur fœtal sont normaux.

L'opération césarienne est pratiquée le 13 novembre 1903, au début du travail.

On trouve l'épiploon adhérent à la paroi et à la surface antérieure de l'utérus. Celle-ci ne présente aucune trace de sa première incision.

Suites opératoires. — Rien à signaler. Les fils sont enlevés le 20.

L'enfant présentait à sa naissance les diamètres céphaliques suivants.

OM 11 1/2	SOF 10 1/2	SMB 10
OF 10	BIP 7 1/2	
SOB 9	BIT 7	

Il pesait à sa naissance 3 kilog. 540.

Observation V (*Opération césarienne répétée pour la troisième fois*). — E. L. . . . 31 ans. Tripare (malade précédente).

Entre à la Maternité le 6 juin 1905.

Rien à signaler depuis sa deuxième césarienne.

Ses dernières règles datent du 10 au 14 septembre 1904.

Elle a eu des vomissements pendant toute la durée de sa grossesse. Ses urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Mais l'état général est vraiment mauvais : il y a un véritable état de misère physiologique.

Au palper on trouve le fœtus en position O. I. G. A. Les bruits du cœur sont normaux.

Dans la nuit du 29 au 30 juin, la femme éprouve quelques coliques. Le toucher révèle un léger effacement du col, dont l'orifice externe admet la pulpe de l'index.

Le 30 juin au matin, on décide d'intervenir.

Manuel opératoire habituel. L'épiploon présente, comme au moment de la seconde intervention, quelques adhérences à la partie droite de l'utérus. La paroi utérine n'est pas amincie. On place un drain péritonéal.

Suites opératoires. — La température a présenté dès les premiers jours une ascension qui le quatrième au soir atteignait 39°. Elle a oscillé à partir de ce moment entre 37° et 39°, d'une façon très irrégulière et est descendue au-dessous de 37° à partir du 20 juillet.

Pendant tout ce temps, l'état général de la malade était assez peu satisfaisant. Elle avait des coliques, de la diarrhée et des vomissements. Son sommeil était agité et elle eut plusieurs fois du délire. Ces symptômes s'amendent peu à peu.

Le 7 juillet, apparition d'une eschare sacrée, qu'on traite par les pansements humides.

Le 16 juillet, la malade se plaignant de tenesme rectal, le toucher rectal et vaginal permet de sentir une masse molle, non douloureuse, bombant dans le cul-de-sac de Douglas. Une incision pratiquée deux jours après donne issue à un peu de liquide séro-sanguinolent, qu'on attribue à une légère hématocele non résorbée.

A partir de ce moment, l'état général de la malade s'est amélioré de plus en plus. A son départ il était satisfaisant, depuis elle se porte parfaitement bien ainsi que son enfant.

L'enfant présentait à sa naissance les diamètres suivants :

OM 12	SOF 10 1/2	SMB 9
OF 11	BIP 9 1/2	
SOB 9 1/2	BIT 7 1/2	

Son poids était de 3 kilog. 250.

Césariennes faites au cours du travail

Observation VI. — M. O. . . 43 ans. Tripare.

Cette femme entre à la Maternité le 25 novembre 1902.

Elle a marché à 9 mois et a été réglée à 11 ans d'une façon régulière. Comme antécédents pathologiques, on constate une rougeole à 8 ans ; deux fluxions de poitrine, l'une à 14 ans et l'autre à 16 ans ; et à 12 ans une chute sur le coccyx amenant un hématome.

Première grossesse à 33 ans. Accouchement au forceps. L'enfant a vécu huit mois. Deuxième grossesse à 37 ans. Accouchement au forceps d'un enfant mort né.

La date des dernières règles est incertaine. Les mouvements actifs sont apparus au commencement d'août. La malade a éprouvé quelques vomissements le matin à jeun. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. Œdème et varices de la paroi abdominale et des membres inférieurs.

Par le palper, on constate que le fœtus est très mobile et change à chaque instant de position, malgré l'application d'une ceinture.

Au toucher, on trouve le promontoire bas situé. Le diamètre promonto-sous-pubien mesure 10 centimètres 3. La symphyse est normale, ainsi que la concavité sacrée.

Le 20 février 1903, à 9 heures 12 du matin, la malade est conduite à la salle de travail. Au toucher, le col est presque complètement effacé. La tête est en bas, non engagée. La dilatation progresse peu à peu et devient complète à 11 heures du soir. La poche des eaux bombe fortement.

Le 21 février, même état. La poche des eaux, intacte, bombe fortement dans le vagin. La tête fœtale, en position OIDA, est mobile au-dessus du détroit supérieur. Elle est inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale se trouvant derrière la symphyse. On rompt la poche des eaux, dans l'espoir de provoquer l'engagement. Mais la tête se défléchit et vient se présenter en frontale, la grande fontanelle devient accessible à gauche. De plus, elle modifie son inclinaison et se présente synclitiquement.

On décide alors de faire une opération césarienne pour les raisons suivantes :

1^o Le bassin est rétréci. Le rétrécissement est peu marqué et semblerait permettre *a priori* un accouchement spontané. Mais :

2^o La tête se présente mal et s'incline mal. Etant donnée la saillie du promontoire, il n'y a pas lieu d'espérer une marche régulière du travail ;

3^o Une application de forceps ne donnerait pas un bon résultat, car la tête est relativement volumineuse ; de plus, lors du deuxième accouchement, fait dans ces conditions, l'enfant est mort ;

4^o Enfin la mère consent à une intervention quelconque pour avoir un enfant vivant. Or l'état de celui-ci est excellent.

Intervention. — Manuel opératoire habituel. On fait trois injections de 1 cc. d'ergotine et une injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel. On ne met pas de drain. L'enfant crie aussitôt après l'extraction.

Suites opératoires. — Dans la soirée, une légère hémorragie est arrêtée par une injection vaginale de 4 litres d'eau bouillie très chaude. Température 37°9. Poids 112. 200 grammes de sérum artificiel.

Les suites opératoires qui étaient absolument normales du côté utérin ont été compliquées par la formation d'une fistule stercorale due vraisemblablement à une piqure de l'intestin au moment de l'opération.

Cette fistule fut guérie par une intervention ultérieure des plus simples.

L'enfant, du sexe féminin, pèse à sa naissance 3 kilog. 910.

Les diamètres céphaliques sont les suivants :

OM 13 cm.	SOF 11	SMB 11
OF 11 —	BIP 9	
SOB 10 —	BIT 8	

Observation VII. — C. M. . . 33 ans. Primipare.

Cette femme entre à la Maternité à la fin de juillet.

Elle ne sait pas à quelle date elle a marché ; elle a toujours bien marché jusqu'à 13 ans 1/2. A cet âge, une chute sur la hanche droite marque le début d'une coxalgie qui évolue peu à peu. Comme autres antécédents pathologiques, on note une rougeole à 3 ans, une pleurésie à 5 ans 1/2 et une variole confluyente à 17 ans. Elle a été réglée à 14 ans.

Les dernières règles datent du 25 octobre au 1^{er} novembre, les mouvements actifs de la fin de mars. Les urines ne contiennent ni sucre, ni albumine. OEdème des membres inférieurs.

L'examen physique de la femme montre tous les signes d'une coxalgie guérie par ankylose. Du côté du bassin, on trouve au toucher les particularités suivantes. A droite la surface interne du cotyle est plus volumineuse, plus près de la ligne médiane que le gauche. Il en est de même de la branche ischio-pubienne droite. On trouve également l'épine sciatique droite. A gauche, ces diverses parties sont difficilement accessibles. On ne sent ni le promontoire, ni les ailerons du sacrum. Le bassin est donc aplati du côté droit et le rétrécissement est dû à une production osseuse au niveau du cotyle à la suite d'une coxalgie ancienne,

Le 1^{er} août à 3 heures du matin, la poche des eaux se rompt spontanément ; le 4 et le 5, la malade perd du sang. Le 7 au soir, les coliques qui ont débuté le matin deviennent plus vives et la malade est transportée à la salle de travail. A ce moment, 8 heures, le toucher montre une dilatation de 1 franc ; il n'y a pas d'engagement.

A 10 heures, la dilatation est de 5 francs ; l'engagement ne se fait pas. Les bruits du cœur fœtal sont toujours bons.

Le lendemain matin, le travail durant depuis 12 heures et n'ayant aucune raison de se terminer spontanément, on décide de faire une opération césarienne. Manuel opératoire habituel. Deux injections de 1 cc. d'ergotine. On place dans l'utérus une mèche de gaze qu'on attire ensuite dans le vagin. Avant de suturer la paroi, on place un drain dans le cul-de-sac vésico-utérin. L'enfant crie aussitôt après son extraction.

Les suites opératoires ont été remarquablement bénignes ; la température est toujours restée entre 36° et 37°. L'état général était excellent.

L'enfant du sexe masculin, pesait à sa naissance 3 kilog. 860.

Les diamètres céphaliques étaient les suivants :

OM 13	SOF 9 1/2	SMB 11
OF 11 1/2	BIP 9	
SOB 11	BIT 7	

Observation VIII. — G. C... 20 ans. Primipare.

Cette femme entre à la Maternité le 15 juillet 1904, à 1 heures 1/2 du matin, déclarant souffrir depuis le 14 à 4 heures du soir. La poche des eaux s'était rompue le 12 juillet à 9 heures du soir.

Comme antécédents, on note qu'elle a marrhé à 3 ans. Elle a été réglée à 13 ans, régulièrement.

Pendant le cours de sa grossesse, elle a présenté vers le sixième mois de l'œdème des membres inférieurs pendant huit jours. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

Au toucher, on trouve à 2 heures 1/2 une dilatation de 2 francs, à 9 heures, 5 francs. La tête n'est pas engagée.

Le promontoire est bas situé ; le diamètre promonto-sous-pubien mesure 7 centimètres et demi. La tête paraît s'incliner sur son pariétal postérieur.

A l'auscultation, les bruits du cœur fœtal, très bons à son arrivée, deviennent le lendemain matin ralentis et sourds.

La poche des eaux étant rompue depuis longtemps sans que l'engagement se produisit et l'enfant paraissant souffrir, on décide de faire une opération césarienne.

L'intervention ne présente rien de particulier. On place un drain péritonéal. L'enfant d'abord inerte, est ranimé par quelques frictions alcooliques.

Les suites opératoires ont été légèrement fébriles ; la température s'est maintenue pendant une dizaine de jours entre 37° et 38°. L'opérée a présenté quelques troubles intestinaux. Les lochies ont été légèrement odorantes, du cinquième au dixième jour ; cette odeur a disparu après des injections vaginales du permanganate de potasse.

L'enfant pesait à sa naissance 3 kilog. 330 et présentait les diamètres céphaliques suivants :

OM 14 cm.	SOF 10 1/2	SMB 10 1/2
OF 10 1/2	BIP 7	
SOB 9 1/2	BIT 7 1/2	

Observation IX. — M. B... 26 ans. Tripare.

Cette femme entre à la Maternité, le 28 juin 1904, à 2 heures 1/2 du soir. Elle est envoyée pour procidence du cordon.

Elle ne peut donner aucun renseignement sur ses antécédents, ne parlant pas le français. On sait seulement qu'elle n'a marché qu'à 4 an.

Elle a eu deux grossesses antérieures, une première à 22 ans, qui s'est terminée par une basiotripsie, une seconde à 23 ans : l'enfant a été extrait au forceps.

Sur la grossesse actuelle, on ne sait rien. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre. L'examen physique de la femme ne révèle rien de particulier ; l'aspect du squelette est normal.

Au palper, on constate que la tête est en bas, le dos à droite. Les bruits du cœur fœtal très marqués, s'entendent à droite de la ligne médiane.

Le toucher montre que le col est en période d'effacement ; les deux orifices externe et interne présentent une dilatation d'environ 2 francs. Le promontoire est élevé par rapport à la symphyse ; celle-ci est normalement inclinée et peu convexe ; le bassin est de plus légèrement asymétrique. Le diamètre PSP mesure 9 centimètres $1/2$.

On trouve une partie procidente, le cordon (en procubitus) qu'on ne peut réduire.

Les douleurs ont commencé la veille.

Vers 6 heures du soir, la dilatation est complète. La poche des eaux n'est pas rompue. Les bruits du cœur sont toujours très marqués, mais plus rapides.

A 10 heures, même état. On rompt la poche des eaux, espérant amener l'engagement de la tête. Le liquide amniotique est normal. On confirme en même temps la procidence du cordon, qui bat et ne peut être réduit et une présentation du sommet mal incliné (suture sagittale sur la symphyse).

La version, seule indiquée, est rejetée en présence de l'état de l'enfant, et, les battements du cordon cessant, on se décide à faire une opération césarienne.

Celle-ci, faite suivant la technique habituelle, a amené très rapidement l'extraction de l'enfant. Mais malgré tous les moyens employés en pareil cas, celui-ci, né en état de mort apparente, n'a pu être ranimé.

Les suites des couches ont été absolument normales.

Le température maxima fut de $37^{\circ}6$ le second jour.

Observation X. — A. T., 23 ans. Secondipare.

Cette femme entre à la Maternité le 5 mai 1905. Elle ignore à quelle date elle a marché. Réglée à 18 ans, régulièrement. Comme antécédents pathologiques, on note une rougeole à 13 ans.

A 21 ans, une première grossesse s'est terminée par un accouchement au forceps. L'enfant est mort pendant le travail.

Ses dernières règles datent du 25 au 30 août. Pendant le cours de la

grossesse, vomissements, douleurs dans l'abdomen et les membres inférieurs. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

A son arrivée, on constate par le palper une présentation transversale qu'on transforme en présentation du sommet par manœuvres internes et qu'on maintient avec la ceinture eutocique.

Au toucher, on trouve le promontoire accessible. Le diamètre PSP mesure 9 centimètres 1/2 ; la concavité sacrée est normale, la symphyse également.

La femme qui a commencé à souffrir le 16 mai vers 10 heures du soir, est arrivée à la salle de travail le 17 mai à 4 heures 30 du matin. A 5 heures, le toucher montre une dilatation de 2 franes ; le col est épais ; la poche des eaux est en voie de formation. La tête est mobile au-dessus du détroit supérieur.

A 8 heures 55', rupture spontanée de la poche des eaux ; le liquide amniotique est un peu verdâtre.

A 9 heures, un nouveau toucher permet de constater que la dilatation est complète ; la tête, non engagée, est inclinée sur son pariétal antérieur. Dans le vagin, on trouve une grande partie du cordon procident.

A 10 heures on décide de pratiquer l'opération césarienne, parce que :

Le premier enfant est mort pendant le travail.

La tête est mal inclinée.

Le cordon est procident.

Manuel opératoire ordinaire. L'enfant naît un peu étonné. On place un drain péritonéal.

L'enfant pesait 3 kilogrammes 220, et présentait les diamètres suivants :

OM 13 cm. SOF 11 1/2 SMB 9 3/4

OF 11 1/2 BIP 9

SOB 9 1/2 BIT 7 1/2

Les suites de couches ont été très simples ; la température n'a jamais dépassé 37°.

Accouchements par les voies naturelles chez des femmes ayant un bassin rétréci

Observation XI. — A. L., 38 ans. Septipare.

Cette femme entre à la Maternité le 15 mai 1906 à 10 heures 30 du soir.

Elle ignore à quelle date elle a commencé à marcher :

Depuis l'âge de 13 ans, elle est réglée régulièrement. A 20 ans, à la

suite d'une fièvre typhoïde, elle a eu une phlébite qui l'a retenue 10 mois au lit.

Sa première grossesse s'est terminée par un accouchement au forceps ; l'enfant, vivant, est mort au bout d'un mois. Les quatre accouchements suivants ont été normaux ; mais les enfants sont tous morts après un mois ou un mois et demi.

La sixième fois par suite d'une mauvaise inclinaison de la tête, on a tenté une version qui n'a pu être achevée par suite de la contracture de l'anneau de Bandl. On a fait alors d'urgence l'opération césarienne. L'enfant a vécu (observation IV de la thèse de Guillet).

Ses dernières règles datent du 15 au 20 août 1904.

A son arrivée, elle déclare que la poche des eaux est rompue depuis 9 heures du soir. On constate qu'il s'agit d'une présentation du sommet non engagé.

Au toucher, le col n'est nullement effacé. Le promontoire est bas situé par rapport à la symphyse : le promonto-sous-pubien mesure 8 centimètres 8.

Le 12 mai, vers 7 heures du matin, la femme est prise de coliques, on la conduit à la salle de travail. A 2 heures 40', la dilatation est complète, la tête très engagée, en position O. I. D. A. La femme entre aussitôt en période d'expulsion et l'accouchement se termine en 10 minutes.

Délivrance par expression 40 minutes après.

Les suites de couches ont été absolument normales.

L'enfant pesait à sa naissance 2 kilog. 290.

Il présentait les diamètres suivants :

OM	11 1/2	SOF	9 1/2	SMB	9
OF	10 1/2	BIP	8		
SOB	8 1/2	BIT	7		

Observation XII. — M. S., 34 ans. Primipare.

Cette femme entre à la Maternité le 3 octobre 1902, à 2 heures du soir. On relève comme antécédents une fracture de la jambe droite à l'âge de huit mois. Elle ne peut préciser à quelle date elle a marché.

Les règles ont toujours été régulières depuis l'âge de 13 ans 1/2. Les dernières datent du 3 au 9 décembre 1901. Les urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

A l'examen physique, on trouve des signes de rachitisme.

Le palper montre qu'il s'agit d'une présentation du sommet non engagé, dos à droite. Les bruits du cœur fœtal s'entendent à droite et en avant ; ils sont excellents.

Au toucher, on trouve le col en partie effacé largement ouvert. La poche des eaux est intacte. La tête est au-dessus du détroit supérieur, inclinée

sur son pariétal postérieur ; la suture sagittale dans le diamètre transverse, sous la symphyse ; la fontanelle postérieure difficilement accessible à droite. Le promontoire est accessible, élevé par rapport à la symphyse. le diamètre PSP mesure 10 cm.

A 4 heures du soir, la situation est la même. Etant donné le rétrécissement peu accusé du bassin, le petit volume de la tête fœtale, l'inclinaison de cette tête sur son pariétal postérieur, l'intégrité de la poche des eaux, l'état excellent de la mère et de l'enfant, on décide d'attendre.

Le travail progresse lentement, les contractions, d'abord rares et peu intenses, s'accroissent peu à peu. On constate par plusieurs touchers les progrès de la dilatation et l'engagement de la tête.

A minuit, la dilatation est complète. On rompt alors la poche des eaux. La tête est alors nettement engagée ; deux travers de doigt seulement la séparent de la concavité sacrée. Elle continue à descendre.

Le 4 octobre à 5 heures du matin, les bruits du cœur fœtal deviennent faibles et irréguliers. De plus la femme n'a plus de coliques. On extrait alors l'enfant à l'aide d'une application de forceps.

L'enfant naît en état de mort apparente, par suite d'un circulaire du cordon très serré autour du cou. Le cordon est sectionné entre deux pinces ; puis l'accouchement terminé, on ranime l'enfant par les moyens ordinaires.

La délivrance par expression est tentée sans résultat 30 minutes après l'accouchement. Une légère hémorragie décide à faire la délivrance artificielle 10 minutes après. On réussit à extraire le placenta en entier, mais il reste des membranes.

Les suites de couches ont présenté une élévation thermique, atteignant 38° le cinquième jour, due sans doute à la rétention des membranes. Le huitième jour, la température était complètement tombée.

L'enfant pesait à sa naissance 3 kilog. 230 et présentait les diamètres suivants :

OM 12 1/2	SOF 11 1/2	SMB 10
OF 11	BIP 7 1/2	
SOB 9 1/2	BIT 7	

Observation XIII. — A. F. . . 49 ans. Primipare.

Cette femme entre à la Maternité, le 16 avril 1904.

On relève comme antécédents une fracture de la cuisse gauche vers l'âge de deux ans. Elle n'a commencé à marcher qu'à trois ans.

La grossesse a évolué sans aucune complication, elle a eu seulement quelques vomissements au début. Ses dernières règles datent du 30 juillet au 4 août. Ses urines ne contiennent ni albumine, ni sucre.

L'examen physique ne dénote rien de spécial, la fracture signalée plus haut n'a laissé aucune trace appréciable.

Au palper, on constate une présentation du sommet, de variété OIGA, non engagée. Les bruits du cœur fœtal s'entendent à gauche et en avant.

Au toucher, le diamètre PSP mesure seulement 9 centimètres. La symphyse pubienne est inclinée en haut et en arrière.

Le 29 avril, la femme commence à souffrir à 4 heures du matin. Le col présente une dilatation de 2 francs. La poche des eaux est volumineuse. L'engagement n'est pas fait. A 10 heures dilatation d'une petite paume de main. Il n'y a pas d'engagement. A ce moment, les bruits du cœur s'entendent très nettement sur la ligne médiane.

A 5 heures 1/2 du soir, la dilatation étant à peu près complète et l'orifice très dilatable, on rompt les membranes. On trouve la tête inclinée sur son pariétal postérieur, la suture sagittale près du pubis, en position OIDP. Un nouveau toucher, pratiqué un quart d'heure après, montre que la suture sagittale s'éloigne du pubis.

A 8 heures 1/2, même état. Mais depuis la rupture des membranes les contractions utérines sont beaucoup moins vives. On décide d'intervenir.

Comme la tête est bien inclinée et que l'engagement est en voie d'exécution, la césarienne ne s'impose pas de prime abord.

On introduit la branche droite du forceps entre la symphyse pubienne et la tête fœtale, puis, à l'aide d'un lac passé dans la fenêtre, on abaisse la tête dans l'excavation. On complète ensuite l'extraction par une application de forceps. L'enfant, en état de mort apparente, est ranimé par les moyens ordinaires, au bout d'un quart d'heure, la respiration est parfaite et l'enfant commence à crier. La délivrance s'est faite spontanément 10 minutes après l'accouchement.

Suites opératoires. — La femme, qui avant l'accouchement avait déjà 38°7, a présenté pendant quelques jours une élévation thermique ne dépassant pas 38°, sauf le cinquième jour au soir où elle a atteint 38°5. La température est tombée au-dessous de 37°. Le huitième jour, après quelques injections intra-utérines. La malade est sortie volontairement le dixième jour en parfait état.

L'enfant pesait à sa naissance 3 kilog 540.

Les diamètres céphaliques étaient :

OM 12 1/2	SOF 11	SMB 11
OF 11	BIP 8 1/2	
SOB 10 1/2	BIT 8	

Il a présenté au bras gauche de la paralysie radiale, en même temps qu'un abaissement de la commissure labiale droite.

A sa sortie ces phénomènes étaient en voie de régression. Ils n'ont eu

aucune influence sur l'augmentation de poids pendant son séjour à la Maternité.

Observation XIV. — G. J. . . 34 ans. Tripare.

Cette femme arrive à la Maternité, le 6 décembre 1904, à 11 heures du matin.

Elle a commencé à marcher à 4 ans ; mais de 4 à 7 ans, elle marchait difficilement par suite, dit-elle, de faiblesse dans la région lombaire.

Elle a eu déjà deux grossesses, terminées par des accouchements à terme, spontanés. La première fois, après 3 jours de travail, elle eut un enfant mort né, la deuxième, le travail dura 2 jours : l'enfant est vivant.

Les dernières règles apparurent du 28 février au 3 mars, les mouvements actifs au milieu de juillet. La grossesse actuelle a évolué sans accidents.

A son arrivée, la femme déclare souffrir depuis la veille à une heure du soir. Une sage-femme, appelée deux heures après, rompt la poche des eaux sous prétexte d'accélérer le travail. Celui-ci ne progressant pas, on fait deux tentatives de forceps sans aucun résultat ; on se décide alors à envoyer la femme à la Maternité. Lors de son entrée, elle a des contractions assez fortes et assez rapprochées pour empêcher tout examen par le palper. Les battements du cœur fœtal s'entendent à droite, à la hauteur de l'ombilic : ils sont assez marqués, réguliers, un peu rapides.

Au toucher, on trouve le col dilaté entièrement. La concavité sacrée est vide. La tête est au-dessus du détroit supérieur. Bosse sero-sanguine volumineuse. On arrive facilement sur le promontoire. Le diamètre PSP est de 9 centimètres.

A 2 heures 1/2, un nouveau toucher montre que la tête est descendue dans l'excavation. Quelques minutes après, elle apparaît à la vulve. Mais les bruits du cœur, bons jusque-là, ne sont plus entendus. On fait aussitôt une application de forceps ; mais on ne peut parvenir à ranimer l'enfant. Délivrance par expression 30 minutes après l'accouchement.

Les suites de couches ont présenté les premiers jours une légère réaction fébrile (température maxima 38°6). On a donné chaque jour deux injections intra-utérines. La femme est sortie volontairement le 15 décembre, guérie.

L'enfant n'a pu être autopsié ; mais il présentait au niveau du frontal droit une plaie résultant des premières tentatives de forceps et probablement une fracture.

Observation XV. — V. C. . . 25 ans. Bipare.

Cette femme entre à la Maternité, le 20 mai 1903, à 7 heures 1/2 du matin. Elle n'a pas d'antécédents pathologiques.

Elle a marché à 1 an et a toujours bien marché depuis. Régliée à 12 ans, régulièrement.

Une première grossesse à 22 ans, s'est terminée par un accouchement au forceps. L'enfant vivant, est mort à 20 mois. Les dernières règles datent du 10 au 16 août 1903. Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Elle souffre depuis la veille. Une sage-femme appelée a rompu la poche des eaux à 2 heures du matin et, le travail n'avancant pas, un médecin a fait plusieurs tentatives de forceps vers 5 heures.

A son arrivée, on constate une présentation du sommet, sans engagement. Les bruits du cœur sont bons.

Au toucher, on trouve une dilatation d'environ une paume de main. Le diamètre PSP mesure 10 centimètres. La tête semble inclinée sur son pariétal antérieur.

La température est de 38°2.

A 10 heures, même état. Mais les bruits du cœur deviennent sourds.

On décide alors d'intervenir. En présence du rétrécissement peu marqué du bassin et de ce fait qu'un premier accouchement a amené un enfant vivant, on pense pouvoir terminer l'accouchement par une manœuvre obstétricale, forceps-levier ou version. Le premier est rejeté à cause de la mauvaise inclinaison de la tête et la version permet d'extraire avec une certaine difficulté un enfant de 3 kilog. 610 qu'on ranime assez aisément.

Délivrance artificielle.

Les suites de couches ont été marquées par une élévation de température jusqu'à 40° le soir pendant les cinq premiers jours. Celle-ci a diminué graduellement et le douzième jour ne dépassait pas 37°. On a fait deux fois par jour des injections intra-utérines.

Les diamètres céphaliques de l'enfant étaient :

SOB 9 cm. 1/2 BIP 9 cm. BIT 7 cm. 1/2

CONCLUSIONS

1° Le pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis, au moins pour les rétrécissements moyens les plus fréquents, est des plus difficiles à établir et exige la connaissance de notions complexes.

2° Les interventions purement obstétricales, forceps, levier, version ne sont applicables, si l'on se propose d'avoir un enfant vivant, qu'à des cas, en nombre assez restreint, où se trouvent réunies et les conditions pelviennes nécessaires (concavité sacrée normale) et les conditions indispensables d'engagement du fœtus ou de souplesse du muscle utérin.

3° Les opérations à terme que, dans ces conditions, on est amené à envisager comme nécessaires, l'embryotomie sur l'enfant vivant rejetée, doivent remplir certaines conditions.

Elles doivent pouvoir être faites au cours du travail, elles doivent pouvoir être recommencées ou laisser des chances sérieuses d'accouchement normal dans certains cas.

4° La symphyséotomie et les interventions qui en dérivent remplissent ces conditions, mais les inconvénients qu'elles présentent, les rendent inférieures à l'opération césarienne conservatrice qui, sans ces inconvénients, présente les mêmes avantages.

5° L'opération césarienne, ressource de grande valeur dans la thérapeutique des viciations pelviennes, sera faite, suivant les cas, — et supposant bien entendu la femme prévenue et consentante — à deux moments très différents :

A. — Au début du travail dans les bassins dont le degré de rétrécissement paraît trop marqué par rapport au volume de la tête.

B. — Au cours du travail dans le cas contraire, lorsque la marche de l'accouchement aura démontré l'impossibilité d'une terminaison par les voies naturelles.

VU :

Le Président de la thèse,

P. BUDIN.

VU :

Le Doyen,

M. DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris.

L. LIARD.

OUVRAGES CONSULTÉS

- P. BAR. — Leçons de pathologie obstétricale. Paris, 1900. — 2 questions obstétricales, Paris, 1902.
- BONNAIRE. — *In* Traité de l'art des accouchements de Tarnier et Budin.
- A. BOQUEL. — Conduite à tenir dans les viciations rachitiques du bassin. Arch. méd. d'Angers, 1903. — Sur la césarienne d'urgence. Soci. obst. France, avril 1904.
- De l'engagement. Arch. méd. d'Angers, 1901.
- P. BUDIN. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1889. Femmes en couches et nouveau-nés. Paris, 1897.
- BUÉ. — Hystérotomie et hystérectomie en obstétrique. Paris, 1903.
- FARABEUF. — Dystocie du détroit supérieur. Gaz. heb., 9 juin 1894.
- FARABEUF ET VARNIER. — Introduction à l'art des accouchements. Paris, 1900.
- L. GIGLI. — La surface latérale du pubis appréciée d'après les résultats fournis par 90 interventions. Presse médicale, 27 mai 1903.
- F. GUILLET. — Sur l'opération césarienne d'urgence. Thèse. Paris, 1904.
- MAYGRIER. — Leçons de clinique obstétricale. Paris, 1893.
- PINARD. — Indication de l'opération césarienne dans ses rapports avec la symphysiotomie, la craniotomie et l'accouchement prématuré artificiel (Congrès Gyn. et obst. Amsterdam, avril 1899).
- PINARD. — De l'expectation pendant la période de dilatation dans les bassins « limites ». Clinique Baudeloque, 1901.
- QUEIREL. — Leçons de clinique obstétricale. 2 vol. Paris, 1902-1905.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
AVANT-PROPOS	1
CHAPITRE I. — Le pronostic de l'accouchement dans les bassins rétrécis	3
CHAPITRE II. — Les opérations purement obstétricales (<i>Accouchement provoqué, forceps, version</i>).	6
CHAPITRE III. — Les conditions que doivent remplir les interventions chirurgicales à terme (<i>Quelques mots sur la symphyséotomie et ses dérivés</i>)	13
CHAPITRE IV. — L'opération césarienne conservatrice (<i>Ses avantages, ses inconvénients, ses indications</i>)	17
CHAPITRE V. — Les césariennes qu'on ne fait pas	28
OBSERVATIONS :	
Césariennes faites au début du travail	33
Césariennes faites au cours du travail	37
Accouchements par les voies naturelles chez des femmes ayant un bassin rétréci	42
CONCLUSIONS	48
OUVRAGES CONSULTÉS	50

